救急情報シート

記入日　　　　　　年　　月　　日

変更日　　　　　　年　　月　　日

１　利用者（本人）情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　所 | 知名町 | 電話番号 |  |
| （ふりがな）  氏　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平  　　　年　　　月　　　日 |
| 性　別 | 男　・　女 | 血液型 | 型 |

２　緊急連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | 続柄 | 住　所 | 電話番号 |
| １ |  |  |  |  |
| 携帯 |
| ２ |  |  |  |  |
| 携帯 |

３　かかりつけ医療機関等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | １ | ２ |
| 医療機関の名称 |  |  |
| 担当医 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 持　病 |  |  |
| 服薬内容 |  |  |

４　その他

|  |
| --- |
|  |

知名町救急医療情報キット使用説明書

○　救急医療情報キットの活用について

(１)　保管容器に入れるもの

①　救急情報シート

②　健康保険証（写し）

③　診察券（写し）

④　薬剤情報提供書（写し）

※　①は必ず入れてください。②～④は準備できるものだけで良いです。

(２)　マグネット

救急医療情報キットを置いた場所がわかるよう、容器の入っている冷蔵庫の扉につけてください。

(３)　ステッカー

救急医療情報キットを置いていることを知らせるために、玄関の目立つ場所に貼ってください。

※　かかりつけ医療機関の変更や、持病内容の変化がありましたら、随時救急情報シートに書き込んでください。新たなシートが必要になった場合は、地域包括支援センターに申し出てください。